**Załącznik nr 4**

Wykaz osób (wraz z kwalifikacjami) opisujących badania Mammograficzne w oparciu o teletransmisję dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku.

Nazwa oferenta: …………………………………………………………………..

Siedziba: ………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| imię i nazwisko | nr prawa wykonywania zawodu | posiadana specjalizacja (nazwa, stopień) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uwaga: należy dołączyć kserokopię prawa wykonywania zawodu oraz kserokopię dyplomu uzyskania odpowiedniej specjalizacji, potwierdzone za zgodność z oryginałem.